ROK IV. STYCZEŃ 1924. № 1 (19)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

TREŚĆ NUMERU.

Prace oryginalne.

Redaktor: Brennejsen Leopold, Marszałkowska 48.

WARSZAWA

Cena egzemplarza 1 zł. p. (bez przesyłki).

Wszystkie zeszyty poprzednie są do nabycia po cenie niniejszego.

DZIAŁ STRESZCZEŃ.

Dr. J. Dworzak. Replantacja zębów, porażonych ostrem zapaleniem ozębnej.

Dr. F. Neuvirt. Zrost kości stawu szczękowego.

Dr. Achilles Andy. Przypadek wielorakich anomalji w uzębieniu.

Dr. Watry. Zagrożone zęby.

Dr. R. Poplewski. Kilka słów w sprawie mianownicIwa anatomicznego.

Wiadomości bieżące.

ROK IV. STYCZEŃ 1924. № 1 (19)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK

DR. W. BAKIEROWSKI.

Neuralgia trigemini.

Neuralgją w pojęciu klinicznem nazywamy okresowe napady bólu o różnem napięciu, ograniczające się do dziedziny rozgałęzienia danego nerwu czuciowego.

Najczęstszem osiedliskiem cierpienia i w danej chwili jedynie nas interesującem jest nerw trójdzielny.

W cierpieniu tem bóle najczęściej występują nagle, niespodziewanie, ale niekiedy mają one swoje zwiastuny, jako to — uczucie naprężenia, przypływ ciepła, skurcze mięśni twarzowych lub przekrwienie i obrzęk skóry, odpowiadającej miejscu wyjścia nerwu. Zazwyczaj porażeniu ulega jedna gałęź nerwu trójdzielnego lub jego gałązka, ale takie ograniczenie sprawy do dziedziny danej gałęzi lub jej gałązki zazwyczaj występuje tylko w początkowym okresie choroby. Przy dłuższem trwaniu nerwobólu proces rozszerza się na przyległe okolice, a zawdzięczając zespoleniom z poszczególnymi nerwami, może przejść z jednej gałęzi na drugą W miarę rozwoju choroby zawsze występuje przeczulica skóry, sięgająca poza granice rozgałęzienia danego nerwu i wówczas niekiedy trudno jest ustalić, która gałęź jest zasadniczo chora, a to jest ważne, wywiad w tem może pomóc, gdyż leczenie winno być skierowane na pierwotne umiejscowienie bólu.

Silnemu napadowi bólu mogą towarzyszyć powikłania ruchowe, zmysłowe, naczynio-ruchowe, wydzielnicze i troficzne, jako to drgawki kloniczne w granicach n. twarzowego (*n. facialis*), poczerwienienie spojówki oka, silne łzawienie, wzmożone wydzielanie śliny, śluzu z nosa, szum w uszach, parestezje smakowe, herpes, posiwienie włosów i t. p. W wyjątkowo ciężkich napadach może być zainteresowanym cały organizm, występują drgawki ogólne, mdłosci, wymioty i bicie serca.

Zależnie od charakteru przyczyny, wywołującej nerwoból rozróżniamy postać rdzenną (idjopatyczną), która dotyczy bezpośrednio samego nerwu, co daje się poznać przez pewne stałe objawy, i objawową (symptomatyczną), czyli taką, która występuje wtórnie przez inne procesy, odbijając się jedynie na danej gałęzi nerwu.

Nerw piąty — najgrubszy ze wszystkich nerwów czaszkowych wychodzi z mózgu dwoma odzielnymi pniami. Grubszy, wyłącznie czuciowy, tylny pień wychodzi na przedniej powierzchni *cruris cerebelli ad Pontem.*

Znacznie cieńszy jedynie ruchowy przedni pień wychodzi między przedniemi włóknami *Pontis Varolii.* Oba pnie przylegają do siebie, sięgając w ten sposób wytworzonej przez twardą oponę mózgu jamki *cavum Meckelii*, gdzie drogą splotu włóknistych pączków pnia czuciowego powstaje duży zwój półksiężycowy, t. zw. *ganglion semilunare sive Gasseri*, położony u wyjścia kości skalistej. Z wypukłego brzegu tego pnia odchodzą trzy płaskie gałęzie nerwu piątego, z których każda przed opuszczeniem czaszki daje włókienka do opony twardej mózgu.

Gałąź I. Nerw oczny *(N. ophthalmicus)* zbiera włókna, które pochodzą ze skóry czoła aż po ciemię, grzbietu nosa i skrzydeł, zewn. i wewn. kąta oka, powiek, spojówki oka, z naskórka rogówki i tęczówki, jak również z błony śluzowej zatoki czołowej, tylnej części blaszki sitowej i k. klinowej, przegrody nosa i jego chrząstek, wreszcie gruczołu łzowego. Jest to gałąź wyłącznie czuciowa i wydzielnicza, najcieńsza ze wszystkich, w przebiegu swoim łączy się z *plexus sympaticus* i *n. trochlearis,* i posyła *ramus recurrens Arnoldi* do twardej opony mózgu. Z czaszki wychodzi z przedniej części zwoju Gassera przez *fissura spheno-palatinum,* a przed wejściem do *fissura orbitalis superior* rozpada się na trzy gałązki — *n. lacrymalis, n. frontalis* i *n. nasociliaris* z dwoma *n. n. ethmoidales* i *infratrochlearis.*

W gałęzi II — N. szczękowym *(N. maxillaris)* zbiegają się włókienka ze skóry policzka, skroni, powieki dolnej i obu kątów oczu, skrzydeł nosa i wargi górnej, ze śluzówki zatoki Highmora, muszli nosowych górnej i środkowej, przegrody nosa, otworów tylnych nosa *(Choanae)*, podniebienia twardego i miękiego, dziąseł, wargi górnej i migdałków, oraz miazgi zębów szczęki górnej.

Gałęź II — przeważnie czuciowa, ale otrzymuje również włókna wydzielnicze częściowo od *n. facialis* (biegnące w *r. lingualis* II gałęzi N_7 z t. zw. *Chorda tympani*) częściowo pochodzą od *n. glosso-pharyngeus* z którego przenikają do *n. auriculo-temporalis* drogą dość zawiłą przez *ganglion oticum*, a prócz tego

jest częściowo ruchową, otrzymując włókienka od *n. facialis* z jego *ganglion geniculi* przez *n. petrosus superficialis major* do *ganglion nasale trigemini*, jak również i samodzielną gałązkę ruchową *n. palatinus post.* dla mięśni podniebiennych. Druga gałęź zaczyna się w środkowej części zwoju Gassera, wychodzi z jamy czaszki przez *for. rotundum* kości klinowej do *fossa spheno-palatina* i daje gałązki: *n. zygomaticus sive subcutaneus malae (r. temporalis et r. molaris)* i *n. alveolaris superior*.

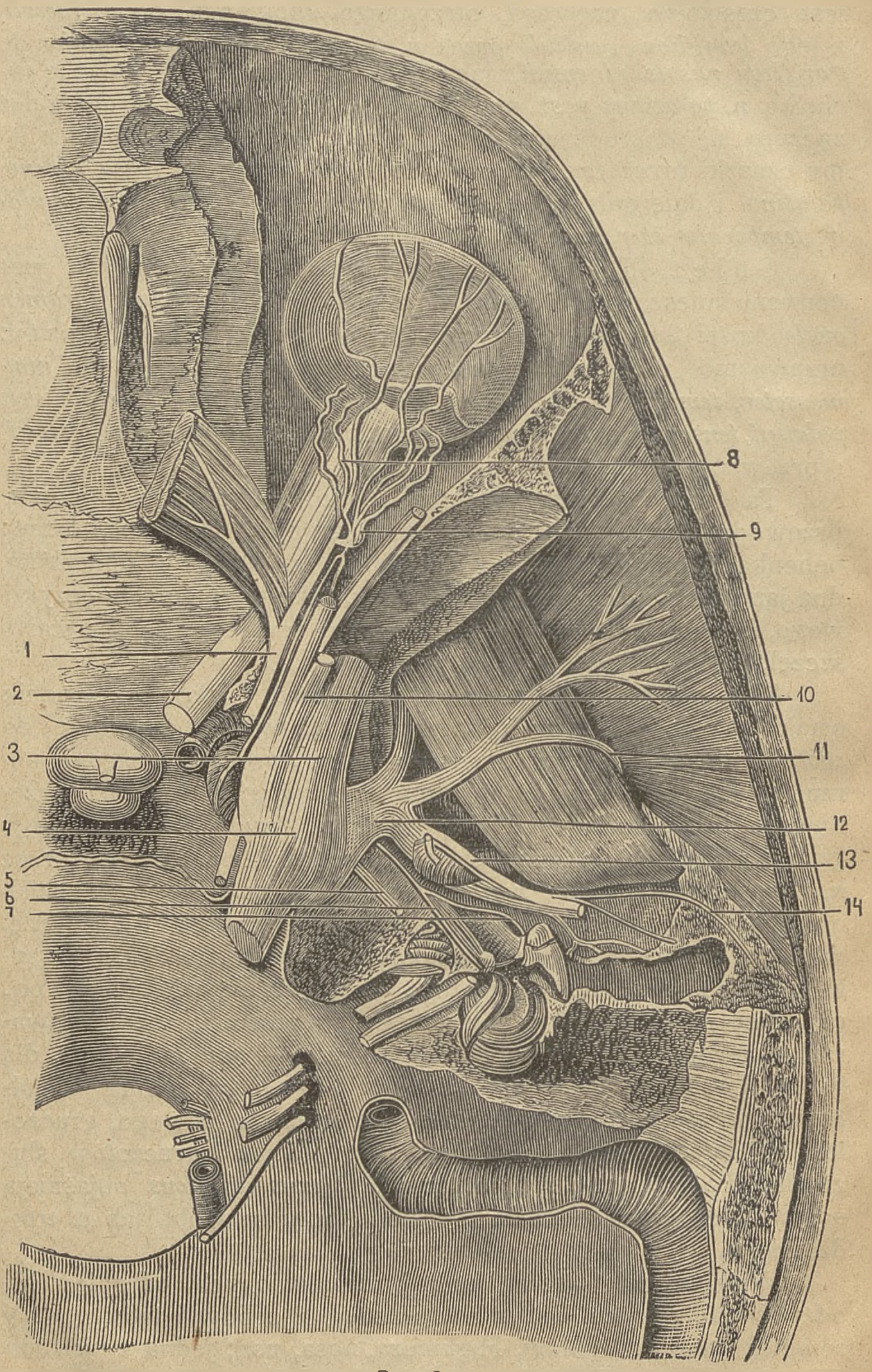
Gałęź III — N. żuchwowy (*N. mandibularis*) jest nerwem mieszanym, wychodzi z jamy czaszki przez *foramen ovale* kości klinowej i natychmiast dzieli się na dwie grupy: przeważnie ruchową do wszystkich mięśni żwaczy (do *mm. masseter, temporalis, buccinator*, *pterygoideus int. et ext.*, *tensor veli palatini, tensor tympani, mylo-hyoideus*, *venter anterior m. digastrici*) i przeważnie czuciową.

Ta ostatnia zbiera wrażenia ze skóry okolicy skroniowej przewodu słuchowego zewn. aż do granicy chrzęstno-kostnej, bębenka, skóry kąta ust i wargi dolnej, ze śluzówki policzków, dna jamy ustnej i dziąseł, wargi dolnej, łuku podniebienno-językowego, brzegu zębodołowego, z miazgi każdego zęba i stawu szczęki dolnej.

III-a gałęź służy również częściowo i jako przewodnik smakowy. Od przednich $^2/_3$ języka idą włókna smakowe do *chorda tympani,* później dochodzą do *n. lingualis*, następnie porzucają go, żeby wstąpić do pnia *n. facialis*; w ostatnim przebiegają one dośrodkowo do jego kolanka (*genu n. facialis*) i znów go porzucają, by połączyć się z II gałęzią nerwu piątego przez *n. petrosus superficialis major.* Gałęź III jest również wydzielniczą dla wszystkich ślinianek, a więc podszczękowej z jej przewodem Whartoniego, podjęzykowej i przyusznej. Do wszykich trzech gałęzi nerwu piątego dołączają się włókienka, pochodzące ze splotu n. współczulnego, przedtem jeszcze wytwarzając zwoje, a mianowicie: dla gałęzi I — *ganglon ciliare*, dla gałęzi II — *g. spheno-palatinum,* a dla III — *g. oticum.* Te współczulne nerwy uzależniają wydzielanie gruczołu łzowego, gruczołów potowych i łojowych skóry, zarówno jak i gruczołów śluzówki. Połączenia z sympatycznym *plexus caroticus* objaśniają udział naczynio-ruchowych nerwów przy nerwobólach n. trójdzielnego.

Widzimy cały szereg funkcji, uzależnionych od gałęzi N_5, odźwierciadlających wszystkie sensacje z zębów i twarzy, jak również i jam (oczodołów, Highmora, nosa, ust); jedna z nich lub kilka mogą być zainteresowane przy cierpieniach N_5, a stąd powstają najrozmaitsze obrazy chorobowe.

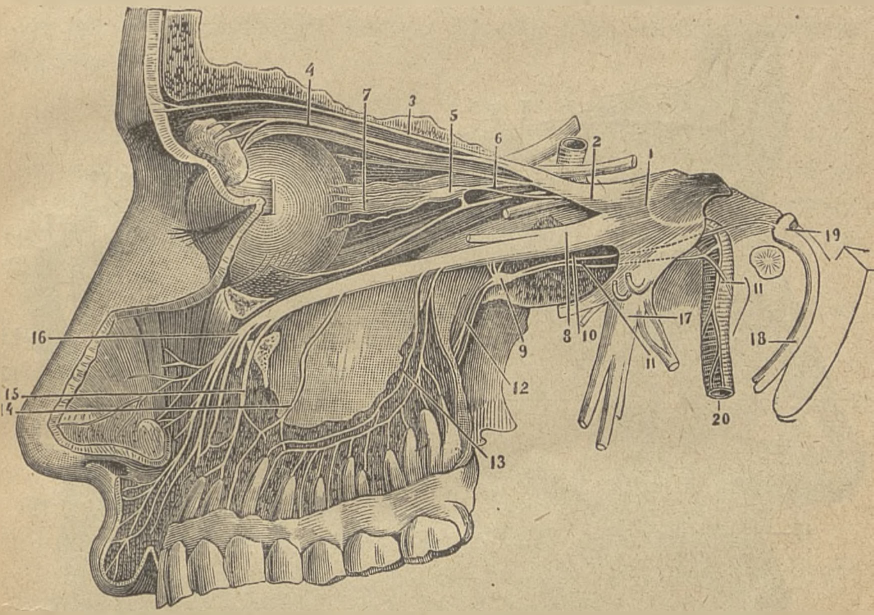
Anatomo-patologiczne podłoże nerwobólów i zmiany, jakie w tych sprawach chorobowych występują — są



Rys. 2.

1. Nerw wzrokowy. 2. Nerw okoruchowy wspólny. 3. Zwój rzęskowy. 4. Zwój Gassera. 5. Nerw oczny. 6. Nerwy rzęskowe. 7. Nerw szczękowy. 8. Nerw żuchwowy. 9. Nerw żwaczy. 10. Nerw usznoskroniowy. 11. Gałązka przewodu słuchowego. 12. Nerw skalisty powierzchowny większy. 13. Nerw skalisty powierzchowny mniejszy. 14. Odcinek struny bębenkowej.

nam bardzo mało znane. Najwięcej o tem dotychczas dało materjału badanie usuniętych drogą operacyjną pni i gałęzi nerwowych oraz zwojów Gassera. W różnych przypadkach znaleziono różne zmiany, jako to zwapnienie, rozszerzenie tętnicy wewnątrz nerwu, albo zgrubienie i czerwonawe zabarwienie jego istoty, a zwłaszcza jego powłok, to znów zwyrodnienie zwoju Gassera w postaci skurczenia i zmniejszenia jego komórek, jako też popękania tkanki podścieliskowej.



Rys. 2.

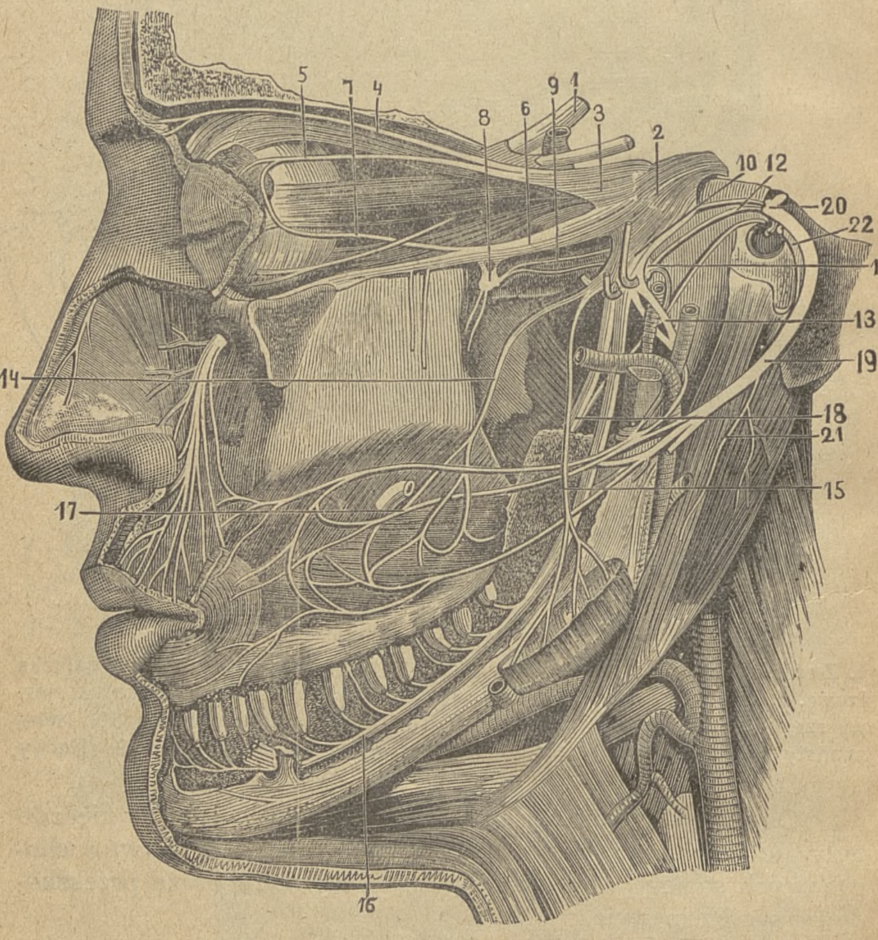
1. Zwój Gassera. 2 Nerw oczny. 3. Jego gałązka czołowa. 4. Jej gałązka łzowa. 5. Zwój rzęskowy. 6. Jego gałęź czuciowa (gałęź cienka i długa) 7. Nerwy rzęskowe. 8. Nerw szczękowy. 9. Zwój klinowopodniebienny 10. Nerw skalisty powierzchowny większy. 11. Jego gałęź od tęt. szyjnej 12. Nerwy podniebienne.

Ogólnego uznania opisane wyżej zmiany jeszcze nie zdobyły i objaśniane są najrozmaiciej, jako rezultat przejawów chorobowych samego zwoju albo jako naczynio-ruchowe przeszkody w samym nerwie.

Podług Edingera (1) nerwobóle stoją w związku przyczynowym z naczyniami krwionośnemi; przez wpływ włókien naczynio-ruchowych współczulnych ma powstawać stała zmiana w obiegu krwi, czyli w stopniu napełnienia, czem tłómaczy się napad bólu neuralgicznego.

Henle (2) widzi znowu powód nerwobólu w utrudnionym odpływie krwi żylnej, również i Bardenheuer (3) znajduje przyczynę w przepełnieniu żył, towarzyszących nerwom w kanałach kostnych wskutek nieustępliwości ścianek kostnych.

Przy neurycie czyli istotnem zapaleniu nerwu ulega porażeniu sama istota nerwowa z naruszeniem funkcji nerwu, przy neuralgji tego nie spotykamy. Nawet w nerwach o charakterze mieszanym, t. j. posiadających oprócz włókien czuciowych i włókna ruchowe obserwujemy jedynie ból. Dlatego też jako umiejscowienie stanu zapalnego należy uważać otoczkę łączno tkankową nerwu, która, jak wiemy, również posiada swoje włókienka nerwowe *(nervi nervorum)*. Z drugiej



Rys. 3.

1. Nerw wzrokowy. 2. Zwój Gassera. 3. Gałęź oczna. 4. Gałązka czołowa 5. Gałązka łzowa. 6. Nerw szczękowy. 7. Gałąź do gruczołu łzowego. 8. Zwój klinowopodniebienny. 9. Nerw skalisty powierzchowny większy. 10. Nerw żuchwowy. 11. Zwój uszny. 12. Nerw skalisty powierzchowny mniejszy. 13. Nerw uchoskroniowy, przez którego pętlę przechodzi tętnica oponowa średnia; łączy się z nerwem twarzowym. 14. Nerw policzkowy. 15 Nerw żwaczy. 16. Nerw zębodołowy dolny. 17. Połączenie nerwu twarzowego z policzkowym. 18. Nerw językowy. 19. Nerw twarzowy. 20. Zwój kolankowy. 21. Gałęź dwubrzuścowa. 22. Struna bębenkowa.

strony otoczka łączno tkankowa nerwu może ulegać uciskowi przez obrzęk zapalny włókien pnia nerwu. Tym właśnie możnaby objaśnić występowanie nerwobólu w postaci napadów i ich zależność od warunków, wywołujących przypływ krwi do porażonej części ciała, jak również porażenie całych odcinków nerwów większych, zwłaszcza przy przechodzeniu ich przez miejsca wązkie, jak naprz. gałązki nerwu piątego przez kanały kostne *(rotundum, ovale)* lub nerw siedzeniowy przez *foramen ischiadicum*. Typowe zmiany neurytyczne, przeciwnie, szerzą się na całym przebiegu nerwu. Formy przejściowe spotykane są nierzadko.

Czynniki, powodujące rwę trójdzielną są bardzo liczne i różnorodne. Wykrycie ich w każdym przypadku ma wielkie znaczenie dla wyboru sposobów leczenia. Dziedziczność w etjologji nie gra roli żadnej, chyba że w ogólnem obarczeniu neuropatycznem, histerji i neurastenji; śród momentów usposabiajacych należy wspomnieć małokrwistość i charłactwo.

Zebrane przez Wiliama Rose, Murphy i Neff'a (4) przyczyny nerwobólów można podzielić następująco.

I. Wewnątrz-czaszkowe:

A. Mózgowe:

1) Zwapnienie (sclerosis), wiąd rdzenia (tabes dorsalis), przymiot mózgu.
2) Tętniaki względnie żylaki naczyń krwionośnych.
3) Guzy, uciskające na zwój Gassera lub na wychodzące z niego nerwy.

B. Pniowe:

1) Stany zapalne wewnątrzpniowe lub na ich powierzchni.

C. Zwojowe:

1) Przewlekłe zmiany zapalne śródmiąższowe, wywołane uciskiem na komórki.

II. Czaszkowe:

1) Wszystkie sprawy chorobowe u podstawy czaszki lub w kanałach kostnych, zwłaszcza stany zapalne w okolicy nerwów i ich kanałów kostnych, wywołujące nabrzmienie naczyń, towarzyszących nerwom.
2) Blizny kostne po złamaniach, uciskające lub rozciągające nerwy.
3) Periostitis luetica et tuberculosa.
4) Defekty rozwojowe kanałów kostnych co do formy i wielkości.
5) Zniekszałcenie ucha, zmiany rozwojowe szczęki, oczodołów, nosa.

III. Zewnątrz-czaszkowe:

1) Przewlekłe lub ostre zmiany w kościach szczęki.

2) Braki rozwojowe i stany chorobowe zatok, wstrzymanie odpływu wydzieliny z zatok czołowej, szczękowej, klinowej i sitowych.

3) Choroby nosa—(wązkie kanały, skrzywienie przegrody przerost śluzówki, polipy), choroby oka, (Iritis, glaucoma. Nieprawidłowość akkomodacji lub refrakcji, hypermetropia i t. p.) ucha (Otitis media).

4) Urazy, wtłoczenie się ciała obcego, wyrośla kostne.

5) Warunki atmosferyczne, wywołujące Perineuritis (wpływ zimna, ciepła).

IV. Toksyczne, odruchowe i funkcjonalne:

1) Wpływy cierpienia ogólnego, które może usposabiać organizm, a więc przewlekłe stany zatrucia alkoholem, nikotyną, ołowiem, arszenikiem, rtęcią, miedzią, jodem, bromem i t. d.

2) Choroby zakaźne, jak tyfus, róża, ospa, żółta febra, posocznica (sepsis), stany febryczne, grypa, malarja, reumatyzm, kiła.

3) Konstytucjonalne, jak cukrzyca, Morbus Basedovi, dna, arthritis urica, zmiany w przemianie materji, niedokrwistość, blednica, charłactwo, histerja, neurastenja, zaburzenia trawienia, zwłaszcza zaparcia.

4) Guzy jamy brzusznej, niektóre cierpienia macicy i jajników (skrzywienie macicy, Endometritis, zaburzenia perjodów, zwężenie szyjki macicznej) (Nussbaum). ([5])

5) Przemęczenie umysłowe i fizyczne, długa i mozolna praca mięśni oka.

V. Zębowe:

A, Czynniki rozwoju:

1) Zęby skryte, zatrzymane w rozwoju.

2) Spóźnione wyrzynanie się zębów w podeszłym wieku.

3) Wysokie wązkie podniebienie, łączące łuki zębowe.

4) Gęste ustawienie zębów i ich nadliczbowość.

5) Ucisk na zęby sąsiednie krzywo rosnących korzeni.

B. Choroby zębów i ich okolic:

1) Rozkład na drodze chemicznej ubumarłej miazgi bez odpływu dla gazów przy żywym jej pniu nerwowym.

2) Zanik, włókniak, zwapnienie, nacieczenie, przekrwienie, nowotwory, gruzełki, zębiniaki i inne formy zwyrodnienia miazgi.

3) Przewlekłe formy zapalenia ozębnej (Pericementitis).

4) Przerost cementu w okolicy otworu szczytowego (Hypercementosis).

5) Odontomata — Zębniaki (zębina wtórna), nadmierny dośrodkowy rozrost zębiny.

6) Kostniaki, wyrośle kostne, Ostitis luetica.

7) Zrost zęba z zębodołem (Ankylosis).

8. Torbiele.

9) Naruszenie całości zębodołu, resztki korzenia, martwaki, drzazgi kości po usunięciu zębów.

10. Źle wykonane plomby i dostawki zębowe.

11. Starcze ścieranie się zębów, Sclerosis szczęk starczych.

12) Przypadkowe prześwidrowania korzenia; pozostawienie odłamków narzędzi (igły, świdery i t. p.).

Zaatakowanie N. trójdzielnego możliwe jest również i przez inne nerwy czaszkowe i nawet wyłącznie mózgowo-rdzeniowe *(n. occipitalis major et minor)*, zawdzięczając połączeniom gałązek, przez które nerw trójdzielny może być podrażniony.

Śród przyczyn mózgowych, powodujących bóle neuralgiczne głowy, a niekiedy w pewnym okresie choroby wyłącznie w dziedzinie nerwu piątego pierwsze miejsce zajmuje przymiot (kiła, syfilis).

We wszystkich stanach chorobowych w przymiocie systemu nerwowego występują w naczyniach krwionośnych zmiany, właściwe wszystkim rodzajom syfilisu. *Intima* naczyń ulega zgrubieniu, zjawia się bogate w komórki nacieczenie między *Endothelium et elastica*, to samo spotykamy w *Media* i *Adventitia* naczyń. Rozrost *Intimae* (Arteriitis obliterans) i Trombosis mogą spowodować zmniejszenie światła naczyń, utrudnienie krwiobiegu aż do całkowitej niedrożności. Gumaty mogą wrastać w ścianki naczyń (Periarteriitis et Arteriitis gummosa).

Schorzenia nerwów obwodowych przeważnie bywają wtórne. Na otoczkę nerwu i samą istotę nerwową mogą przejść zmiany specyficzne z tkanek i narządów sąsiednich, zwłaszcza z kości i okostnej (np. wewnątrz kanałów kostnych), zwłaszcza nacieczenia gumatów. Pierwotne zmiany w nerwach występują w postaci zgrubień podłużnych lub wrzecionowatych (Neuritis et Perineuritis luetica).

Przekrwienie i podrażnienie opon mózgowych u podstawy mózgu (*Meningitis basalis*) zazwyczaj zaczyna się w okolicy skrzyżowania wzrokowego podwzgórza mózgu (*Chiasma n. n. opticum hypothalamus cerebri*) i konara mózgu *(Pedunculi cerebri*), skąd może się rozprzestrzeniać na całą podstawę mózgu, na naczynia i nerwy czaszkowe, a więc może wciągnąć w sprawę i N_5, a wówczas niejednokrotnie występują bóle neuralgiczne w okocy jednej połowy twarzy lub języka.

Syfiloma zwykle występuje w twardej oponie mózgu z objawami guza. Przy tych ostatnich w pierwszych okresach rozwoju możemy mieć jedyny objaw — ból głowy. Przy dalszym dopiero rozroście i ucisku, jaki guz wywołuje, zjawiają się inne objawy, jak zwolnienie tętna, zawroty głowy, zamroczenia, wymioty, napady skurczów, śpiączka i t. d. Guzy bywają różne. Glejak (*Glioma*) zazwyczaj występuje w istocie białej półkól mózgu i w móżdżku, mięsaki i syfilityczne gumaty u podstawy czaszki, raki i gruzełki — przeważnie przerzutowo w różnych miejscach.

Pewne choroby zakaźne w czasie ich trwania lub nawet po ich ustąpieniu mogą powodować bóle neuralgiczne Jedynym np. objawem malarji może być ból w dziedzinie n. trójdzielnego, czasami łącznie z napadami dreszczy. Przeważnie jednak zamiast dreszczy mogą występować okresowe napady bóli w okolicy n. trójdzieln. rzadziej w granicach nerwów siedzeniowego, łokciowego lub międzyżebrowego (t. zw. febris intermittens larvata). Najczęściej atakuje ona gałęź I. Przewlekłe postacie malarji usposabiają do powstawania gingivitis, stomatitis i Pyorrhoea alveolaris, a czasami i martwicy kości w granicach szczęki, przyczem mogą występować częste i uporczywe napady bóli. I gałęź również nierzadko bywa atakowaną przez grypę. Pozatem tyfus, róża, ospa, żółta febra, posocznica, gruźlica mogą również wywoływać bóle neuralgiczne z powodu zmian we krwi (toksyny), Reumatyzm zwłaszcza mięśni głowy, przeziębienia i przemoczenia często się podaje jako powód bóli.

Umysłowe i fizyczne przemęczenia, długa i mozolna praca mięśni oka grają również rolę przyczynową,

Należy pamiętać, jak to pierwszy słusznie zwrócił uwagę Gussenbauer (6), o toksynach kiszek przy przewlekłych zaparciach niejednokrotnie powodujących silne neuralgje. Zaburzenia w przemianie materji grają rolę nieposlednią (cukrzyca, m. Basedovi, dna, otyłość); niedokrwistość, bladnicę, neurastenję i histerję zalicza się do przyczyn dość częstych.

Z trucizn domowych codziennych pierwsze miejsce zajmują alkohol i nikotyna, jak również przewlekle działające ołów, żywe srebro, arszenik. miedź, jod, brom i t. p.

Choroby szczęki i zębów grają wybitną rolę przyczynową. Miazga zęba, bogata w naczynia krwionośne i nerwy i bardzo wrażliwa na zmiany naczyniowo-ruchowe, może często powodować ból charakteru odruchowego i to bardzo ostry. Zazwyczaj ten umiejscowiony ostry proces może łatwo przejść do stanu rozlanego, a przez zakażenie wytworzyć ropień miazgi, dalej zębodołu, ewentualnie przetokę. Ten naturalny proces chorobowy, będąc często przykrym dla pacjenta, nie powoduje jednak nerwobólu przewlekłego. Ale są zwyrodnienia miazgi,

jako wynik przewlekłego jej zapalenia, długotrwającego podrażnienia i wpływów konstytucjonalnych organizmu lub ukrytych wpływów toksycznych, — w takich warunkach zapalenie, miazgi często utrzymuje swoją trwałość w ciągu wielu lat i może powodować ból różnego charakteru i napięcia. Ponieważ w tych razach ząb nie wygląda na zepsuty i niema zewnętrznych oznak choroby,—rozpoznać przyczynę bólu trudno.

Zanik, włókniak, zwapnienie, zębiniaki, nacieczenia i inne formy zwyrodnienia miazgi bardzo czysto przez długi czas nie dają się wykryć. Każda z tych spraw chorobowych, jak to udowodniono rentgenograficznie, może być przyczyną rwy nerwu trójdzielnego, która zanika lub znacznie się poprawia dzięki oczyszczeniu i zaplombowaniu kanałów lub usunięciu chorego zęba.

Zapalenie ozębnej (Pericementitis) spowodowane, jak wiadomo, rozkładem obumarłej miazgi na podłożu czysto chemicznem, czy też chemiczno-zakaźnem — w obostrzonych formach może powodować promieniowanie bólu do innych okolic, lecz tylko formy przewlekłe miewają jakikolwiek związek z rwą nerwu trójdzielnego i to rzadko, gdyż skłonność do wytwarzania ropnia kostnego przeszkadza aby ten powód bólu nosił charakter stały. Ból powstaje przy rozkładzie obumarłej miazgi na drodze chemicznej bez odpływu dla gazów i przy zachowanym żywym pniu nerwowym miazgi.

Spitzer (7) zajmował się doświadczalnie zagadnieniem, jak dalece trujące i zakaźne zmiany w miazdze zębowej uzależniają następstwa dla gałązek nerwowych i przyszedł do wniosku, że „proces zapalny, rozwijający się w miazdze przechodzi na nerw i wzdłuż niego może dojść aż do zwoju Gassera". Przekrwienie obwodowe zewnątrznerwowe, występujące przy Pulpitis, posuwać się może do kanału kostnego, gdzie dla dalszego postępowania napotyka utrudnienie z powodu nieustępliwości kości, lecz przy dłużej trwającem cierpieniu może posunąć się dośrodkowo aż do zwoju Gassera. W wyniku doświadczeń Spitzera taki proces zapalny w miazdze zębowej może prowadzić do najcięższych postaci zwyrodnienia samego nerwu, które może posunąć się aż do zwoju, i pozostawić na całej drodze wyraźny ślad następstw uzależnionych wyłącznie od zapalenia czy też zwyrodnienia miazgi; trwałość tego procesu mniej powstaje na drodze tętniczej, więcej na drodze nerwowej (w jego cylindrach osiowych?)

W komorach miazgi dość często spotykamy gruzełki — zębiniaki nawet tam, gdzie bólu one nie wywołują. Gdy jednak dany osobnik ma usposobienie do bólów nerwowych, lub jeśli w organizmie istnieje podnieta, wywołująca przypływ krwi, praca naczynek krwionośnych rażonej zębiniakiem miazgi może

okazać się niedostateczną dla spowodowania odczynu tak szybkiego, by wywołać ulgę. Twarda substancja zębiniaka miazgi uciska na włókienka nerwowe, co oczywiście może powodować bóle. Tam, gdzie niema ani urazu ani zakażenia, miazgi takie mogą żyć w ciągu wielu lat bez żadnych objawów klinicznych, choć w istocie ich stan nadwrażliwości ciągle się wzmaga. Taki stan miazgi przy zupełnie zdrowej koronie w zębach nie rażonych próchnicą spotyka się zwłaszcza często przy Tic douloureux.

Nadmierny dośrodkowy rozrost zębiny może również wywołać bóle typu neuralgicznego. Przerost cementu (Hypercementosis),ześrodkowując się w okolicy otworu szczytowego może wywołać ucisk na włókienka nerwowe i powodować bóle o charakterze rwy trójdzielnej. Ucisk na włókna nerwowe i bóle neuralgiczne mogą wywierać kostne wyrośle (exostozy) i zapalenie okostnej na tle przymiotu (Periostitis luetica), zębiniaki (Odontomata), uszkodzenia zębodołu, nowotwory kości i syfilityczne gumaty, stany powodujące obrzęk wewnątrz canalis mandibularis, zwapnienie szczęki starcze, krzywo rosnące korzenie, które uciskają na zęby sąsiednie, resztki korzenia, utrudnione wyrzynanie się zęba, zbyt gęsto stojące i nadliczbowe zęby w szczęce wązkiej, zatrzymane w rozwoju zęby i zęby krzyżujące się, rosnące w nieładzie.

Czasem N. mandibularis przebiega w mniej lub bardziej głębokim kanale korzenia albo w zrośniętych korzeniach zębów trzonowych, przeważnie zębów mądrości (Rodier) ([8]). W tych przypadkach stany zapalne otoczki korzenia tego zęba, jako też ucisk na nerw między korzeniami i kością szczęki wywołują ból neuralgiczny, który czasem nawet po usunięcia zęba pewien czas pozostaje. Rozerwanie nerwu podczas ekstrakcji powoduje w tych razach znieczulenie odpowiednich okolic.

Wallisch ([9]) opisuje jako przyczynę nerwobólu u 70-letniego starca spóźniony ząb mądrości w kącie żuchwy. Takie spóźnione zęby przez ucisk na włókna nerwowe mogą wywoływać bóle uporczywe, jak długo one pozostają w kości szczęki. Zęby starte mogą również być przyczyną nerwobólu, ponieważ przewlekłe podrażnienie miazgi jeśli ścieranie, się szkliwa występuje szybciej, niż narastanie wtórnej zębiny, — wywołuje bóle.

W pewnych warunkach mogą nawet plomby i dostawki wywoływać bóle, mianowicie jeśli dostawka zbyt silnie uciska ząb sąsiedni lub jeśli szczęka sztuczna wskutek wadliwego umocowania przy żuciu pokarmów, czy też ich gryzieniu chwiejąc się w różnych kierunkach wywołuje stałe podrażnienie.

Ułamane zęby, korzenie lub drzazgi po ekstrakcjach pozostawiają niekiedy bóle neuralgiczne. Gross ([10]) opisujepod obnego pochodzenia Neuralgiam infraorbitalem. Pacjent uderzył się gór-

ną szczęką strony prawej, nadłamując obydwa przedtrzonowce Usunięcie nadłamanych zębów i drzazg kości nie uwolniło od silnych napadów bólu i dopiero później kontrola rentgenem wykazała, że ułamany kawałek korzenia wtłoczony został do zatoki Highmora, którą zakaził. Usunięcie tej resztki korzenia i drenowanie nory dało wyleczenie.

Zdarza się czasami, że rana po usuniętym zębie zamyka się na wystającym brzegu wyrostka zębodołowego, drzazgi kostne którego nie zostały usunięte. Pokrywające dziąsło robi się tak wrażliwem, że począkowo przy ucisku a później i bez tego powoduje bóle neuralgiczne, przeciwko którym wszystkie zewnętrzne i wewnętrzne środki popularne okazują się bezskuteczne. Przy dokładnem zbadaniu szczęki zawsze można wyczuć występujący brzeg zębodołu złamanego, wrażliwy na dotyk i wywołujący napad bólu. Ta guzowatość przedstawia się często jako pionowo sterczący odłamek to znowu jako wystające zgrubienie kości. Po usunięciu takich drzazg — bóle ustępują.

Należy więc zwrócić baczną uwagę na doszczętne usuwanie korzeni i drzazg, gdyż ich resztki chociaż po zarośnięciu mogą pozostawać długie lata, nie dając znać o sobie, jednakże mogą one powodować przy odpowiednim zbiegu okoliczności napady nerwobólu, który nie poddając się innemu leczeniu wymaga usunięcia wywołującej przyczyny.

To samo należy powiedzieć i o niedokładności innych zabiegów, jak przedziurawienie korzenia, niedostatecznie szczelne wypełnienie przewodów, pozostawienie odłamków narzędzi (igły świdry i t. p.).

Reinmöller ([11]) znalazł w okolicy zębodołu zęba mądrości wyrwanego z powodu nerwobólu dwa kawałki ułamanej igły, po usunięciu których bóle napadowe ustały.

Zbyt forsowne bielenie zębów (promienie słoneczne, lampa kwarcowa i t. p.) może wywołać przekrwienie miazgi, ucisk na włókienka nerwowe miazgi i bóle neuralgiczne.

Jeśli pomimo przestrzegania wszelkich ostrożności przy zabiegach zębowych, jednakże niekiedy występują bóle neuralgiczne, to należy sobie tłómaczyć, że w podobnych przypadkach były inne zasadnicze powody, — jakieś ukryte podrażnienia okolic nerwu trójdzielnego, które przejawiły się przy urazie zabiegów dentystycznych.

Do rzadkości należą przypadki, jak opisany przez Schottländera ([12]), kiedy torbiel zębowa w szczęce górnej strony lewej wywoływała napady bólów po stronie prawej (przez ucisk na foramen infraorbitale).

Rwa trójdzielna jak i większość innych chorób właściwa wiekowi średniemu, dzieci z reguły są wolne od tego cierpienia, u starców spotyka się rzadko, ale jeśli się zjawi jest uporczywą i silną. Kto częściej zapada — mężczyźni czy kobiety — statystyki nie są zgodne, ale przemawiają bardziej na niekorzyść kobiet. Częściej występuje w II i III gałęzi i po stronie prawej, rzadziej w gałęzi I. W wolnych od napadów okresach miejsce wyjścia porażonego nerwu jest bolesne na ucisk. Prawie zawsze występuje jednostronnie, dwustronne umiejscowienie daje podejrzenie na Sclerosis multiplex. Rwa przeważnie jest chorobą wstępującą: poczynając się na przebiegu nerwu postępuje aż do zwoju Gassera. Spotykane przy rwie trójdzielnej zjawisko irradjacji — przerzutu bólu (np. w języku przy chorej III g.) zależne jest od tego, że ból odczuwany zawsze na obwodzie niezależnie od tego — gdzie na przebiegu nerwu jest chore miejsce (bóle kikutu amputacyjnego umiejscawiają chorzy w dawno obciętej stopie lub palcach).

Neuralgiczny ból zazwyczaj bywa określany jako kłójący, strzelający i prawie zawsze błyskawiczny. Napady występują w różnych fazach czasu i przeciągłości. Ból podnosi się do punktu kulminacyjnego i stopniowo ginie. Napięcie bólu bywa rozmaite w poszczególnych przypadkach — od zupełnie nieznacznego do bólu o szalonej sile, doprowadzającej niekiedy do rozpaczy. U jednych chorych ból zamyka się w granicach jednej gałęzi czy też tylko jej cząstki, w innych zaś na szczycie bólu występuje jego promieniowanie nawet poza dziedzinę nerwu piątego, zwłaszcza przy podrażnieniu zębów, np.—na okolicę potylicy (n. occipitalis), górnych nn. szyi (z plexus brachialis) i nawet nerwów piersiowych. Przy sprawie chorobowej, umiejscowionej w punkcie wyjścia nerwów z kanałów kostnych — ból zazwyczaj bywa najsilniejszy, — przeskakiwania bólu na stronę drugą za bardzo małymi wyjątkami nie bywa, jeśli jednak takowe na poziomie bólu występuje, wówczas mamy podejrzenie na pochodzenie centralne.

Neuralgja gałęzi I, stosunkowo rzadziej spotykana, rozrzuca ból na czoło, sklepienie czaszki, do wnętrza głowy, atakując również gałkę oczną, powieki i nos, najczęściej jednak ogranicza się do nerwu nadoczodołowego *(n. supraorbitalis)*.

Valleix ([13]) opisał sposób określania punktów wyjścia bóli przez nacisk na pewne miejsca. Taki punkt np. znajduje się w *foramen supraorbitale* dla chorej gałęzi tej samej nazwy.

Przy Neur. infraorbitalis (II g.) punkt uciskowy bólu zazwyczaj jest w tem miejscu skóry, które odpowiada wyjściu *n. infraorbitalis* (górna część *fossae caninae*); w innych przypadkach znajduje się on w górnym rzędzie zębów, względnie w dziąśle.

Uszkodzenie *n. infraorbitalis* może dać bóle w rejonie małżowiny, policzka, dolnych powiek, nosa, górnej wargi, górnych zębów jako też śluzówki nosa i zatok szczęki. Żeby zrozumieć bóle w uchu i małżowinie trzeba pamiętać o terenie *n. auriculo temporalis* (Rwa III g.) Punkt uciskowy znajduje się w *foramen mentale* i w pobliżu nasady ucha. Charakterystyczny ból przy ucisku punktów Valleixa nie zawsze ma miejsce. Jeżeli jest chore tylko jedno jakieś odgałęzienie — wówczas ból może być tylko w odpowiedniem miejscu — ograniczony.

Przy uszkodzeniu czy też podrażnieniu *n. alveolaris inferior* będzie zaatakowaną jedna połowa szczęki dolnej lub jej część razem z zębami, policzek, dolna warga, część podbródka aż do środkowej linji uszkodzonej strony.

Bóle mogą być chwilowe lub trwać czas dłuższy. Jeżeli nerw zostaje uciskany i miażdżony lub kłóty, odczucie bólu występuje na obwodzie uszkodzonego miejsca, powiększając się przy ruchach żuchwy. Przeczulenie policzków, warg może być tak wielkie, że nawet najdelikatniejsze sposoby lecznicze nie mają zastosowania, bo już sam dotyk celem zbadania spowoduje zwykle napad silnego bólu.

Napady mogą być niespodziewane lub mają swoje zwiastuny, często są one sprowokowane przez lekkie dotknięcie skóry, mycie twarzy zimną wodą, kaszel, kichnięcie, żucie czegoś twardego, mężczyźni np. boją się czasami nawet dotknięcia wąsów i t. p. Obawa, by poruszaniem ust, połykaniem pokarmów lub śliny nie wywołać napadu utrudniają niezmiernie odżywianie chorego, co wyczerpuje ostatecznie jego siły; stan duchowy ulega depresji, tymbardziej, że często do tego przyłącza się i bezsenność. W kulminacyjnym punkcie napadu występują odruchowe skórcze mięśni twarzy, wydzielnicze i naczynio ruchowe zmiany, a więc wzmożone wydzielanie się śliny, śluzu z nosa, zaczerwienienie spojówki i rogówki, przekrwienie skóry, łzawienie i pocenie się, w niektórych przypadkach dołącza się wysypka (Herpes), która może objąć całą gałęź nerwu piątego i nawet grozić oku. Prócz zaczerwienienia skóry na chorej stronie może zjawić się obrzęk, który przy częstych atakach nie znika w przerwie między napadami, przyczem nie można go objaśnić jakimkolwiek stanem zapalnym. Skóra w czasie ataku i poza nim jest przeczuloną. W przerwach między napadami albo niema bólu wcale albo jest tępy i nieznaczny. Jako powód poszczególnych napadów chorzy podają często nieznaczne podniety: przeciąg, niepokój ducha, nadużycia w jedzeniu, piciu lub paleniu.

Cechą właściwą nerwobólu jest zjawianie się jego w pewnej określonej porze. Napady krótkie, trwające od kilku se-

kund do minuty zjawiają się przeważnie codziennie, niekiedy kilkakrotnie, czasami nawet nocą. W ciężkich przypadkach ataki powtarzają się po kilkadziesiąt razy na dobę (prof. Śpiżarny) ([14]).

Przypadki okresowych codziennych bóli nie zawsze należy przypisywać malarji (Febris intermittens larvata), jakkolwiek możliwość ta nie jest wykluczona. *(Dok. nast).*

DR. MED. LEOPOLD BRENNEJSEN.

Przypadek trzykrotnie zaobserwowanego bólu kończyn dolnych, powstałego na drodze odruchowej przez podrażnienie n. trójdzielnego usuwaniem korzeni zębowych.

Dnia 20/IX 1922 r. zgłosiła się do mnie p. G. S. w celu usunięcia szeregu korzeni. Bólów żadnych nie było: chodziło jeno o przygotowanie terenu pod budowę mostów. Ogółem usunięto wtedy na trzech posiedzeniach 9 mocno obsadzonych pni po następujących zębach: za pierwszym razem — po dwuguzkowcu drugim prawym, za drugim — po pierwszym i drugim trzonowcach dolnych prawych i wreszcie za trzecim razem — po pierwszym i drugim trzonowcach dolnych lewych. Zabiegi te odbyły się w odstępach kilkudniowych literalnie bez żadnych miejscowych komplikacji. Dla znieczulenia stosowano głębokie mrożenie chlorkiem etylu.

Pierwszy zabieg wywołał bóle obu nóg na przestrzeni od pięt aż do tułowia, trwające w ciągu dni trzech. Po zabiegu drugim i trzecim powtórzyło się to samo. Ból rozpoczynał się w okolicy pięt w parę godzin po wyrwaniu pnia. W piętach odczuwało się kłucie tępe, w mięśniach zaś ud i łydek ból miał charakter rwąco-ciągnący, przyczem ograniczał się wyraźnie jedynie do tylnych części nóg, nie przechodząc wcale na przednie. Bóle w nodze prawej stale były o wiele silniejsze, niż w lewej, bez względu na to, z której strony usuwano korzenie.

Ruchy kończyny dolnej nie ulegały żadnym ograniczeniom i wcale na ból żadnego nie wywierały wpływu. Żadnych bólów w okolicy szczęk nie było. Jednem słowem mieliśmy tu do czynienia z bólem, powstałym na drodze odruchowej wskupodrażnienia nerwu trójdzielnego przez wykonane zabiegi. W literaturze spotykamy się z opisami podobnych bóli przerzutowych, towarzyszących zapaleniom tkanek zębowych, jeno na mniejsze odległości: mianowicie w okolice czaszki, szyi, karku, łopatki i górnej kończyny. Zasadniczo jedno od drugiego wcale się nie różni. Mechanizm powstawania tego rodzaju bólów

jest wielce skomplikowany. Niewątpliwie przyjmuje w nim udział układ nerwowy współczulny (n. sympaticus).

Według zdania Prof. Orzechowskiego, który badał chorą, wprawdzie nie w czasie tych bólów, jeno później (na wiosnę r. 1923) tych chorobowych objawów w żaden sposób nie można wyjaśniać histerją, którą w takich razach zawsze trzeba mieć na uwadze.

Bardzo ciekawą sprawą było zrozumienie przyczyny większego nasilenia bólów w nodze prawej, niż w lewej. Wywiad dał tu pewne wyjaśnienie. Mianowicie chora w dzieciństwie jeszcze (w 6-ym roku życia) uległa wypadkowi: dostała się pod wóz, przyczem koło przejechało przez prawą nogę. Jako ślad tego pozostaly do chwili obecnej bardzo wyraźnie umiejscowione silne bóle prawego kolana, występujące stale podczas każdego perjodu. Bóle te, trwające 3 — 4 dni, są szczególniej dokuczliwe przy schodzeniu ze schodów.

Zaznaczyć muszę, że tej samej osobie w tym samym mniej więcej czasie usunąłem jeszcze wszystkie siekacze dolne, rozchwiane z powodu ropocieku. Rentgenogramat wykazywał kompletny zanik ścian zębodołów siekaczy środkowych i bardzo znaczny — bocznych. Otóż po rwaniu tych zębów, wykonanem na dwóch posiedzeniach, opisanych wyżej bólów nie było. Mojem zdaniem było to w ścisłym związku ze słabem umocowaniem tych zębów w zębodołach: ból dolnych kończyn powstawał w danym przypadku jedynie pod wpływem o wiele silniejszych podrażnień nerwu trójdzielnego.

DR. STANISŁAW SERKOWSKI.

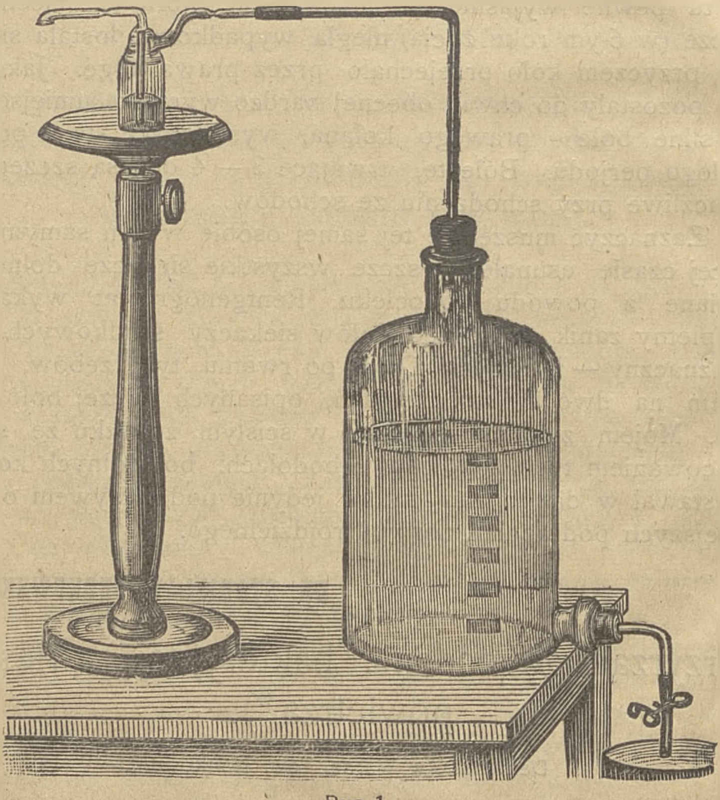
Przyrząd do badania bakteryjnej zawiesiny powietrza*).

Demonstr. w Warsz. Tow. Naukowem.

Badanie bakterjologiczne ilościowe i jakościowe flory, znajdującej się w pyle powietrznym (kurzu i rozpylonych kropelkach śliny), nastręcza w praktyce duże trudności, które zna każdy, kto stosował do tego celu przyrządy Miquel'a, Petri'ego lub

*) Aczkolwiek na pierwszy rzut oka praca ta nie bardzo się wiąże z naszą specjalnością, jednakże zważywszy, że przez każdy gabinet dentystyczny przesuwa się codziennie sporo osób, nie zawsze nawet zupełnie zdrowych, które mówią, plują, czasem nawet krzyczą, i w ten sposób szerzą wokoło siebie zarazę, co więcej—przez rozświdrowywanie spróchniałych zębów i wydmuchywanie trocin rozpyla się mnóstwo zarazków; musimy przyjść do przekonania, że poznanie sposobów badania tej atmosfery, w której się stale pracuje nie może być dla żadnego z nas sprawą, zupełnie obojętną. *(Przyp. Red.).*

Łapczyńskiego. Prócz tego, sposoby te prawie niemożliwe są do badań ilościowych, ponieważ niełatwem zadaniem jest otrzymanie równomiernego posiewu bakterji, znajdujących się w nie jednakowem ugrupowaniu w różnych warstwach piasku, waty, lub też w innych filtrach. Tym trudnościom nie zapobiega też ani przyrząd Miquel'a (filtr z rozpuszczalnych związków i waty), ani Strauss'a i Würtz'a (przepuszczanie powietrza przez żelatynę, która więzi razem z bakterjami i część powietrza, co utrudnia równomierny podział ich w posiewie).



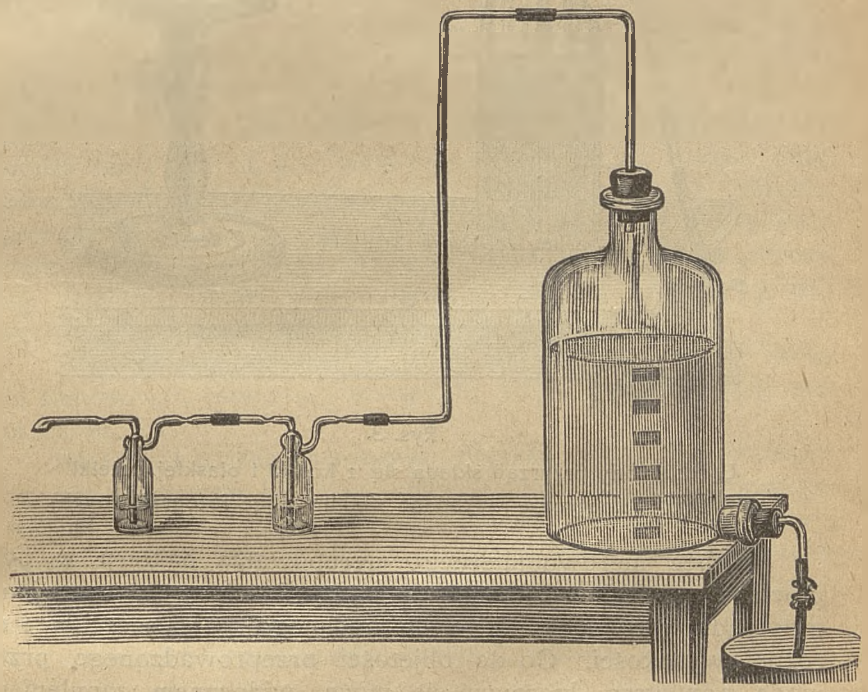
Rys 1.

Ustawienie przyrządu do badania zawiesiny powietrznej.

Wszelkie bakterje z pyłu powietrznego można najłatwiej zatrzymać przez filtr wodny zapomocą przyrządu, składającego się z płuczki z wodą jałową lub fizjol. roztw. NaCl i naczynia 8 litr., ustawionych tak, jak przedstawia załączony rysunek 1. Balon z wodą odgrywa rolę aspiratora, t. j. przez wypuszczanie z balonu pewnej objętości wody (każdy litr oznaczony jest na zewnętrznej powierzchni), aspiruje się takąż objętość powietrza przez płuczkę. W płuczce, w której wylot dłuższej rurki zamknięty jest watą, a krótszej rurką gumową, znajduje się 20 ctm. sz. wody lub lepiej fizjol. roztworu NaCl. Płuczka razem

z wodą wyjaławia się w autoklawie, dołącza się w pomieszczeniu badanem z naczyniem większem, odrzuca watę i wypuszcza z balonu wolno wodę (nie prędzej nad 1 litr w ciągu 10 minut). Wchodzące przez płuczkę powietrze pozostawia w wodzie bakterje.

Doświadczenia kontrolowe wykazały, że woda w płuczce zatrzymuje wszelkie bakterje z pyłu i powietrza aspirowanego. Jeżeli bowiem powietrze przeprowadzać wolno będziemy, nie przez jedną płuczkę, lecz przez dwie połączone między sobą, to woda zostanie zakażona tylko w pierwszej z nich, w drugiej zaś pozostanie jałową — nawet wtedy, gdy w pierwszej płuczce, umieścimy gęstą zawiesinę bakteryjną. Ustawienie płuczek do tego rodzaju kontrolowych badań wskazuje rysunek 2-gi.

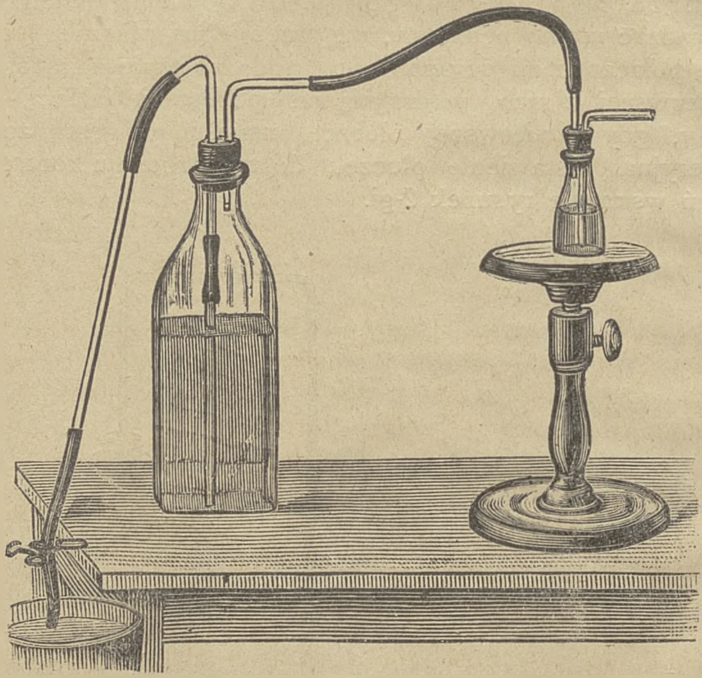


Rys. 2.

Kontrolowe doświadczenia: w I płuczce woda zakażona, w II-ej jałowa.

Fakt zatrzymywania bakterji przez wodę, przez którą przeprowadzamy wolno powietrze, ustaliłem na drodze doświadczalnej. Fakt ten zresztą przewidywałem zgóry, opierając się na znanych w literaturze badaniach (Naegeli, Buchner, Wernick Hamburger, Flügge, wreszcie Honsell), które miały na celu ustalenie faktu, czy drobnoustroje mogą unosić się z płynnych środowisk.

Zamiast płuczek, przedstawionych na 1 i 2 rysunku, można do tegoż celu zastosować prostszej budowy kolbkę, połączoną z płaską butelką (p. rys. 3), co umożliwia przenoszenie całego przyrządu z miejsca na miejsce i zajmuje mniej miejsca, w kolbce dłuższa rurka może być wygięta, jak na rysunku, lub umieszczona zupełnie pionowo, zależnie od warunków doświadczenia.



Rys. 3.

Uproszczony przyrząd składa się z kolbki i płaskiej butelki. (Rysunki szematyczne wykonano według zdjęć fotograficznych).

Wobec nierównomiernego ugrupowania bakterji w pyle powietrznym, zalecać można do badań ilościowych, ustawianie przyrządu w różnych częściach badanego pomieszczenia i na różnej wysokości. Co do objętości przeprowadzonego przez wodę powietrza, kierować się można widocznem zapyleniem: w razie badania czystego powietrza atmosf., przepuszczamy więcej niż 10 litrów; badając powietrze w pokoju, pełnym kurzu i źle wentylowanym przepuszczamy mniej, 1—1½ litra (pożądane są wstępne badania orjentacyjne).

Do badań jakościowych należy przyrząd ustawiać w pobliżu ust chorego, na określonej odległości od niego, w miejscu pracy robotnika, w pokojach szkolnych na wysokości ust dzieci i t. p., zależnie od celu badania. Samo badanie bakterjologiczne roztw. soli lub wody, przelanej przez krótszą rurkę płuczki do pły-

tki jałowej, wykonywa się jak zwykłej wody, przez wyszczepienie jej w podłożach zwykłych i elektywnych, a w poszukiwaniu pneumokoków, paciorkowców, las. gruźliczych — przez szczepienie zwierząt. Jeżeli chodzi tylko o badania ilościowe do celów porównawczych, to z sumy otrzymanych kolonji łatwo można obliczyć liczbę bakterji w 1 i w 20 ctm. sz. wody (zawartość wody lub roztw. NaCl w płuczce). Przykład: jeżeli 1 ctm. sz. wody, przez którą przeprowadziliśmy 4 litry powietrza, zawiera naprz. 275 kolonji, to w 20 ctm. sz. = 275 × 20 = 5500, w 1 litrze powietrza $\frac{5500}{4}$ = 1375, a w 1 metrze sz. = 1375×1000 = ca. 1.375.000 bakterji.

Czyli do obliczenia możemy zastosować formułę $\frac{20}{p} \cdot k \cdot 1000$, w której k oznacza sumę kolonji w 1 ctm. sz. wody, p — ilość przepuszczonych litrów powietrza.

Opisany tu przyrząd, połączony z pompką wodną, odpowiednio uregulowaną (zamiast naczynia z wodą) daje możność badania dowolnej objętości powietrza, a więc i odtworzenia warunków, w jakich znajdować się mogą ludzie (pielęgniarze, robotnicy fabryczni i t. p.). Mam tu na myśli naprz. sprawdzenie nowszych danych Kuess'a, Cesa-Bianchi, a także Köhlisch'a, sprzecznych z dawniejszymi poglądami Cornet'a w sprawie gruźlicy inhalacyjnej, w celu wyjaśnienia wpływu — długotrwałego działania pyłów fabrycznych, względnie bakterji gruźliczych na narządy oddechowe.

Do wagowych oznaczeń kurzu opisany sposób nie dałby się zastosować, ponieważ nastąpiłaby strata rozpuszczalnej części kurzu.

Natomiast można zastosować płuczkę z wodnym aspiratorem do oznaczania kwasów wolnych, bezwodnika węglowego, amoniaku i tlenku węgla, stosując zamiast wody w pierwszym przypadku $N/_{10}$ ług, w drugim – mianowany roztwór wodorotlenku baru i oznaczając CO_2 sposobem Pettenkofer'a, w trzecim $N/_{10}$ kwas siarkowy, w ostatnim — roztwór chlorku paladu i oznaczając tlenek węgla według Brunck'a.

DR. MED. A. GRUSZCZYŃSKI.

Ideał a rzeczywistość.

Zawsze staliśmy na stanowisku, że dentystyka powinna przejść w ręce tylko lekarzy. Ze względu jednak na liczne straty w kołach lekarskich podczas wojny wszechświatowej, zniewoleni byliśmy przynajmniej na razie zmienić swoje poglądy. Wskutek zmniejszenia się liczby lekarzy wogóle, musiała

siłą konieczności zmniejszyć się liczba lekarzy, uprawiających dentystykę, lub obierających sobie ten zawód, jako specjalność. Należy tutaj jeszcze podkreślić, że i przed wojną liczba lekarzy, zajmujących się dentystyką, była niedostateczna: w Wielkopolsce nie było ani jednego, w Kongresówce można było policzyć ich na palcach u rąk, a w Małopolsce, gdzie uprawnionymi dentystami mogli być tylko lekarze, liczba ich była tak dalece niewystarczająca (kilkudziesięciu lekarzy na 7,500,000 ludności), że władze zmuszone były tolerować partactwo techników dentystycznych. W takich warunkach przyszliśmy do przekonania, że chociażby przejściowo należy stworzyć typ dentysty, który nie mając ogólnego wykształcenia lekarskiego, posiadałby jednakże wiadomości z dziedziny nauk przyrodniczo-lekarskich w takim stopniu, w jakim jest to niezbędne dla wykonania praktyki dentystycznej, do której uczelnia przygotowałaby go tak, aby po skończeniu szkoły mógł zaraz samodzielnie pracować. W tym celu zaprojektowaliśmy powstanie Państwowego Instytutu Dentystycznego, ułożyliśmy jego program, dostosowany do celów wyżej przytoczonych, obroniliśmy program ten w różnych komisjach, które często wysuwały zupełnie inne koncepcje, i stworzyliśmy Państwowy Instytut Dentystyczny.

Podkreślić musimy jeszcze raz, że w programie kładliśmy główny nacisk na w y r o b i e n i e p r a k t y c z n e przyszłego dentysty, starając się dać mu z dziedziny wiedzy ogólno-lekarskiej te tylko wiadomości, które są niezbędne dla dentysty. Jednocześnie dążyliśmy do zamknięcia istniejących szkół dentystycznych głównie dla tego, że szkoły nie dawały adeptom swoim przygotowania praktycznego, że dentysta po skończeniu szkoły absolutnie nie był zdolny do praktyki samodzielnej.

Sprawiedliwość jednakże każe nam dodać, że teoretyczne wykłady w szkołach dentystycznych były prowadzone zupełnie zadawalająco, że w szkołach dentystycznych były, naprzykład, wykładane przedmioty tak ważne dla dentysty, jak chemja dentystyczna i regulacja zębów z zajęciami nawet praktycznemi, czego w Państwowym Instytucie Dentystycznym nawet w c z w a r t y m r o k u j e g o i s t n i e n i a j e s z c z e n i e w p r o w a d z o n o. Wogóle przyznać musimy, że czteroletni blizko okres istnienia Państw. Inst. Dent. wychylił uczelnię tę z tych ram, w jakich widzieć ją pragnęli projektodawcy.

Przedewszystkiem wskutek szczupłości lokalu, (albowiem Intsytut zajmuje lokal o połowę mniejszy od tego, w jakim mieściły się szkoły dentystyczne), nie mogły należycie rozwinąć się te działy, przeznaczeniem których jest kształcenie praktyczne przyszłego dentysty.

Wobec tego trudno zrozumieć, po co sprowadza się na

wykłady teoretyczne do Instytutu cały zastęp studentów-medydyków, którzy jeszcze więcej zatłaczają lokal Instytutu.

Czyżby w gmachu Uniwersytetu nie znalazło się miejsca na wykłady dentystyczne dla studentów? Byłoby to bardzo pożądane tembardziej, że wskutek szczupłości lokalu niema miejsca, aby studenci mogli należycie korzystać z zajęć praktycznych i przerabiać w możliwie największej ilości te wszystkie zabiegi, które czekają dentystę w przyszłej jego praktyce. Wskutek braku miejsca, naprzykład, przy oddawaniu dostawek sztucznych zębów asystuje najwyżej kilku studentów, wskutek czego wielu znajdzie się takich, którzy skończą Instytut i nigdy nie zobaczą, jak dostawki w ustach dopasowywać należy. Wskutek braku miejsca studenci nie mogą należycie pracować w oddziałach dentystyki praktycznej i tem tylko wytłómaczyć można te nader minimalne żądania od studentów w zakresie zajęć praktycznych, a ż 3 e k s t r a k c j i na 4-ym kursie.

Jednakże nawet brakiem miejsca nie można wytłomaczyć sobie tego kierunku nauczania w Instytucie, który polega na tem, że studenci są przeważnie tylko widziani zabiegów wykonywanych przez asystentów, lub skończonych dentystow, przyjmowanych na praktykę do Instytutu chyba tylko w celu większego zatłoczenia lokalu. Naszem jednak zdaniem studenci powinni być wykonawcami tych zabiegów, które w praktyce przyszłej wykonywać będą musieli, Czy tylko przypatrywanie się może doprowadzić do rezultatów pozytywnych w znaczeniu praktycznego przygotowania dentysty, łatwo odpowiedzieć można w sensie przeczącym.

Niestety, kierunek nauczania w Państw. Inst. Dent. wytworzył się taki, że nie można łudzić się, aby uczelnia ta mogła przygotować zdolnych fachowców. Wzorując się na obecnych studjach lekarskich, dąży się, zdaje się, do tego, aby studentom dać tylko ogólną kanwę, ogólne wiadomości, na zasadzie których student w przyszłości wyrobienie swoje fachowe mógłby uzupełnić i odpowiednie uzdolnienie nabyć.

Pocieszano się widocznie faktem, że studja lekarskie także kształcą studentów tylko ogólnie, a wyrobienie lekarskie muszą oni zdobywać dopiero po skończeniu wydziału lekarskiego na oddziałach szpitalnych.

Zapomniano jednakże o tem,że ideałem studjum lekarskiego jest przygotowanie dzielnego praktyka lekarza, któryby zaraz po skończeniu umiał ludzi leczyć. Jeżeli ideału tego osiągnąć nie można, to tylko dlatego, że wiedza lekarska stanowi taki olbrzymi zakres, że pięcioletnie studjum lekarskie nie jest w możności dostarczyć studentowi wydziału lekarskiego całego ogromu tych wiadomości teoretycznych i jednocześnie wykształcić

go praktycznie. Dlatego też w ostatnich latach poważnie myślano o powiększeniu lat studjum lekarskiego, dlatego też u nas zaprojektowano po skończeniu medycyny obowiązkowe uczęszczanie do szpitala w ciągu jednego roku.

Jeżeli dalej w medycynie ogólnej, która obecnie dzieli się na tyle specjalności, niemożliwem jest osiągnięcie praktycznego wyszkolenia we wszystkich specjalnościach, to w dentystyce rzecz ma się zupełnie odwrotnie. Tutaj uczelnia specjalna powinna wytworzyć taki program nauczania, żeby kończący ją dentysta był należycie praktycznie przygotowany do przyszłej praktyki, żeby umiał zęby i schorzenia śluzówki jamy ustnej leczyć, zęby usuwać i braki uzupełniać za pomocą mostków lub dostawek do wyjmowania. Zakres więc działania dentysty nie jest zbyt obszerny i szkoła specjalna może i powinna przygotować adepta swego tak, aby zabiegi te wykonywać umiał. Należy tylko o tem pamiętać, należy do tego dążyć, należy cały program ku temu przystosować.

Tymczasem widzimy w kierunku Państwowego Instytutu Dentystycznego objawy wręcz przeciwne. Zamiast przystosowania nauk teoretycznych lekarskich do potrzeby dentystyki, aby większą uwagę zwrócić na zajęcia praktyczne, dąży się do rozszerzenia zakresu nauk medycznych tak, jakby celem Instytutu było przygotowanie przyszłych lekarzy, a nie dentystów. Wprowadza się, naprzykład, bardzo szczegółowy wykład djagnostyki chorób wewnętrznych z opukiwaniem i wysłuchiwaniem tak, jakby dążeniem uczelni było przygotować specjalistów chorób wewnętrznych, a nie dentystów. Rezultat musi być taki, że studenci po skończeniu Instytutu nie bedą ani lekarzami, ani dobrymi dentystami. Również nie wydaje się nam celowem poświęcanie wiele czasu demonstracjom chorób wenerycznych na organach płciowych. Bardzo dobrze zdajemy sobie sprawę z dodatniego wyniku' demonstrowania schorzeń wenerycznych w jamie ustnej, z któremi przyszły dentysta rzeczywiście będzie miał do czynienia, ale nie możemy dopatrzeć się celu w zamiłowaniu do oglądania tychże schorzeń na organach płciowych, ponieważ wygląd zmian patologicznych w tych różnych miejscach ciała ludzkiego jest bardzo różny, i pewni jesteśmy, że żaden student Instytutu nie rozpozna schorzeń wenerycznych w jamie ustnej tylko na zasadzie zmian, widzianych na organach płciowych. Jednocześnie musimy podkreślić, że niema demonstracji tych schorzeń śluzówki jamy ustnej, z któremi dentysta spotyka się na każdym kroku. Tych zwykłych giugiwitów i stomatitów studenci nie widzą ani na klinice dentystyki zachowawczej, bo w zakres jej schorzenia te nie wchodzą ani na klinice stomatologicznej, gdzie właśnie powinny być demonstrowane.

Przykłady te przytoczyliśmy w tym celu, aby udowodnić, że w nauczaniu dentystów zakres nauk medycznych powinien być przystosowany ściśle do potrzeb dentystyki, aby uzyskany w ten sposób czas poświęcić na należyte wyszkolenie—specjalne—dentystyczne. Wszystkie zabiegi, jakie przyszły dentysta w praktyce swojej ma wykonywać, powinien przerobić tyle razy, aby wykonywać je umiał. Życie może dać mu tylko większą sprawność, większą wprawę w wykonywaniu tych zabiegów, ale otrzymawszy dyplom ze skończenia Instytutu dentysta musi umieć wykonać wszystkie zabiegi, które w przyszłej praktyce nań czekają.

W tym kierunku, naturalnie, musi być zmieniony program Państwowego Instytutu Dentystycznego, do tego celu muszą być zastosowane praktyczne zajęcia i wymagania. Zadawalanie się naprzykład, żądaniem od studentów 4 kursu aż 3 (trzech) a nawet 4 (czterech) ekstrakcji, jak skorygował to dyrektor Instytutu na zjeździe dentystów we Lwowie, do rezultatów pożądanych w naszym duchu doprowadzić nie może. Zwracanie również uwagi przeważnie na wykłady teoretyczne przy negliżowaniu zajęć praktycznych, przypatrywanie się tylko studentów rękoczynom, które wykonywują asystenci lub skończeni dentyści, bez możności przerabiania zabiegów tych przez studentów, podobnież nie może dać dodatnich wyników.

Pocieszającym objawem jest, że od pewnego czasu przynajmniej jedna klinika — mianowicie klinika dentystyki-zachowawczej prowadzona jest należycie, co zawdzięczać należy pracy znanego specjalisty Prof. D-ra Med. H. Wilgi.

DR. MED. A. GRUSZCZYŃSKI.

W sprawie wcielenia Państwowego Instytutu Dentystycznego do Uniwersytetu,

Dowiadujemy się, że Senat Akademicki Uniwersytetu Warszawskiego wkrótce będzie rozważał sprawę przyłączenia Instytutu Dentystycznego do Uniwersytetu. Z wnioskiem takim wystąpiło M. W. R. i O. P. po porozumieniu się z p. Komisarzem Oszczędnościowym i Ministerjum Skarbu. Jest to sprawa bardzo doniosłego znaczenia. W państwach zachodnich uczelnie dentystyczne już dawno wcielone zostały do Uniwersytetów. Tam dawno już zrozumiano, że dentystyka jest gałęzią medycyny ogólnej, że kształcenie dentystów powinno odbywać się w murach uniwersyteckich. Jest to konieczne dla rozwoju dentystyki, jest to pożądane i dla Uniwersytetu. a właściwie dla wydziału lekarskiego, dla którego uczelnia dentystyczna mo-

że zastąpić katedrę stomatologiczną. W razie więc wcielenia Instytutu Dentystycznego do Uniwersytetu byłaby rozwiązana sprawa katedry stomatologicznej, której wydział lekarski nie posiada i musiałby ją utworzyć, ponieważ w obecnych czasach dla studentów wydziału lekarskiego niezbędne jest obznajmienie się, przynajmniej w ogólnych zarysach, ze stanem stomatologji. Gdyby propozycja Ministerjum W. R. i O. P. została przez Senat Akademicki odrzucona, nastąpiłaby według zdania tegoż ministerjum likwidacja Państwowego Instytutu Dentystycznego, tej jedynej uczelni, która może dostarczyć Państwu odpowiednią liczbę dentystów. Kształcenie dentystów przez wydziały lekarskie na uniwersytetach krakowskim i lwowskim daje rezultaty tak małe, że nie można byłoby wypełnić tej luki, jaka powstałaby wskutek likwidacji Instytutu Dentystycznego. Obydwa wyżej wymienione uniwersytety dały w przeciągu ostatnich dziesięciu lat zaledwie kilku specjalistów dentystów. Wskutek tego liczba dentystów jest niewystarczająca nawet dla Małopolski i nolens volens trzeba tolerować tam partactwo techników dentystycznych. Trzeba patrzeć przez palce na to, jak niektórzy lekarze dają technikom swoją firmę, prawdopodobnie nie bezinteresownie. Pod firmami lekarzy istnieją gabinety dentystyczne, w których technicy dentystyczni wykonują bezprawnie w s z y s t k i e zabiegi dentystyczne, nietylko zaś te, do których upoważnia ich uzyskana koncesja. Firmodawcy zaś świecą stale tam swoją nieobecnością. Brak pomocy dentystycznej w odpowiedniej ilości pod względem liczby dentystów i ich kwalifikacji nie jest pożądany wobec tych strasznych spustoszeń, jakie obecnie szerzy próchnica w uzębieniu ludzkiem, tembardziej, że zapotrzebowanie tej pomocy wzrasta nieustannie wskutek obudzenia się w społeczeństwie dbałości o pielęgnowanie zębów. Z zadowoleniem podkreślić musimy ten bardzo pożądany objaw, że w ostatnich czasach pomocy dentystycznej szukają nawet te sfery mniej kulturalne naszego społeczeństwa, które przedtem nie troszczyły się nigdy o swoje uzębienie. Dążenie więc do likwidacji Instytutu w razie odmownego stanowiska Senatu Akademickiego, co pociągnęłoby za sobą tak znaczne zmniejszenie liczby dentystów w Państwie, nie jest pożądane także w interesie zdrowia publicznego. Jeżeli do tego dodamy, że należałoby zwrócić uwawę i na podniesienie dentystyki polskiej, jako nauki, a rozwój jej możliwy tylko w murach uczelni wyższej, t. j. Uniwersytetu, to musimy przyjść do przekonania, że wcielenie Państwowego Instytutu Dentystycznego do Uniwersytetu jest konieczne.

Nie wątpimy ani na chwilę, że Członkowie Senatu Akademickiego zrozumieją to wielkie zadanie, jakie wkrótce ma

być przedmiotem ich rozważań i decyzji, że staną na gruncie nie tylko interesów uniwersyteckich, aczkolwiek i te zyskałyby dużo na przyłączeniu instytutu do uniwersytetu, ale na stanowiska interesów ogólno-obywatelskich, przyczyniając się do tego, że i dentystyka, — ta najmłodsza córa medycyny, znajdzie się pod strzechą naszej almae metris, torując sobie drogę ku lepszej przyszłości.

Dział streszczeń.

Dr. J. Dvorzak. Replantacja zębów, porażonych ostrem zapaleniem ozębnej. (Replantace zubů, stižených akutní periodontitidou) Zubní lekařství L. 2. 1923.

Replantacje zębów znane były już w starożytności. W IX stuleciu zajmowali słę niemi Micherlich, Weil, Römer, Scheft innni.

Przy wyjęciu zęba tkanka ozębna rozrywa się: jedna część zostaje na ścianach zębodołu, druga zaś na korzeniach. Po wstawieniu takiego zęba z powrotem do zębodołu następuje albo bezpośrednio zrost ozębnej korzenia i zębodołu (per primam intent.), albo też części tkanki korzenia ulegają wessaniu, a na ich miejsce wrasta tkanka łączna, która może skostnieć. Miazga replantowanego zęba zamiera i albo zostaje jako tkanka martwa w zębie, lub też zastępuje ją tkanka nowa powstała z tk. łącznej i różniąca się od normalnej miazgi brakiem komórek zębinotwórczych.

Dobry wynik replantacji zależy: (Römer) 1) należy ząb ustawić wkrótce po jego wyjęciu lub wypadnięciu, dopóki tkanki ozębnej nie utracą żywotności. 2) Ząb musi być ustawiony zupełnie tak samo, jak przed wyjęciem. 3) Musi być duża zdolność odradzania się tkanek (u osobników zdrowych i młodych). 4) Unikać trzeba uszkodzeń dziąsła, scian zębodołu i wogóle tkanek otaczających*).

Sposób wykonania (Römer, Scheft). Wyjęty ząb wkłada się do ciepłego fiziol. roztworu soli kuch., takim samym roztworem przemywa się zębodół i zamyka się go na czas zabiegu tamponem, umaczanym w fiz. roztw. soli. Następnie usuwa się z zęba miazgę i opatruje się przewody korzeniowe gutaperką. (Römer obcinał końce korzeni i plombował przewody od strony wierzchołków). Tak przygotowany ząb kładzie się

*) Ozębna na ścianach zębodołu i na korzeniach powinna pozostać możliwie nieuszkodzoną, dlatego też nie powinno się, o ile niema specjalnych wskazań, skrobać ścian zębodołu i dotykać powierzchni korzenia. *(Przyrpis. refer.)*.

znów na chwilę do ciepłego fiz. rozworu soli i ustawia się w zębodole. Umocowuje się za pomocą ligatory lub odpowiednio przygotowanej szyny.

Przeciwskazaniem dla wykonania replantacji jest niebezpieczeństwo pokruszenia zęba, lub jeśli ząb nie odgrywa żadnej roli przy gryzieniu. Römer i Scheft stosowali z dobrym wynikiem replantację głównie w przypadkach krzywych korzeni, gdzie nie dało się wyleczyć zęba sposobem niekrwawym i w niektórych przypadkach ropocieku. Autor w ostatnim roku wykonał 2 replantacje — obie z dobrym wynikiem. Końce korzeni uciął i plombował kanały amalgamatem.

Str. *F. Meyer.*

Dr. F. Neuvirt. Zrost kości stawu szczękowego. (Aukylosa čelistuího kloubu). Zubiní lékařství 1923 L. 3.

Ankylosis stawu szczękowego może powstać pierwotnie i wtórnie.

Pierwotnie wywołują: 1) urazy (30%) — złamania szyjki lub główki wyrostka stawowego. Dość częste są zrosty wywołane urazem kleszczami porodowemi (niesłusznie zwane wrodzonymi). 2) Zapalenia—arthrit. rheumatica, gonorrhoica, purulenta, deformans; rzadko wywołuje gruźlica i nowotwory.

Wtórnie: zapalenie ropne średniego ucha, zapal. szpiku kostnego gałęzi wstępującej.

Rozpoznanie łatwe, trzeba odróżnić od szczękościsku. Zrost powstaje powolniej i stopniowo; jeżeli pojawia się w wieku młodszym, to powoduje silny niedorozwój szczęki dolnej (microgenia).

Co do leczenia, to nawet do tej pory stosuje się jeszcze dawny sposób rozciągania zrostów w uśpieniu. Wyniki tego nie bywają dobre, gdyż najczęściej powstają recydywy, a oprócz tego grozi nam przy tej czynności złamanie szczęki. Skuteczniejszemi okazały się operacje. Większość operatorów stara się zastąpić staw naturalny wytworzeniem stawu rzekomego na miejscu naturalnego lub gałęzi wstępującej (Esmarch na gałęzi poziomej). König odcinał cały wyrostek stawowy, a nawet dziobiasty. Bergman obydwa końce szczęki. Ten ostatni sposób powodował silne zniekształcenie twarzy. Wszystkie te metody miały tę złą stronę, że po takich zabiegach powstawały recydywy. Helferich pierwszy, chcąc uniknąć tego, stosował wycięcie wąskiej szczeliny kostnej w gałęzi wstępującej i w szczelinę tę wprowadzał płatek mięśnia skroniowego. Metoda ta zyskała wielu zwolenników.

Autor w podanym przypadku zastosował również wstawie-

nie płatka mięśniowego lecz z włókien żwacza, a nie skroniowego.

Operacja była wykonana u 21-letniego mężczyzny, który przed 12 laty przecierpiał otitis media. otwierać ust nie mógł wcale i odżywiał się tylko szczeliną, wytworzoną przez złamanie przedniego zęba. Przy operacji zastosowano znieczulenie miejscowe nowokainą, (do for ovale nie można było się dostać) gdyż usypianie ze względu na możliwość zamartwicy (asphyxia) było przeciw wskazane. Cięcie poziome poprowadzono na przestrzeni $3^1/_2$ ctm. wzdłuż dolnego brzegu łuku jarzmowego; od przedniego końca tej rany poprowadzono krótkie prostopadłe cięcie, po oddzieleniu okostnej okazało się, że szczęka była zupełnie zrośnięta z podstawą czaszki i wyrostkiem jarzmowym.

Wobec tego była wycięta w gałęzi wstępującej listwa kostna grubości na $^1/_2$ ctm. W utworzoną szczelinę wprowadzono płat z włókien żwacza. Chory zaraz po rozcięciu kości mógł otwierać usta na 1 ctm. N. twarzowy nie był naruszony. Wynik zabiegu wogóle dobry.

Str. *F. Meyer.*

Dr. Achilles Audy. Przypadek wielorakich anomalji w uzębieniu. (Un cas d'anomalies dentaires multiples) L'odontologie № 8-1922 r.

Autor opisuje modele szczęk 17-letniej dziewczyny, pochodzącej z rodziny składającej się z 11 dzieci, z których pacjentka była 10-ą z kolei. Rodzice zdrowi, rodzeństwo także, obciążeń dziedzicznych niema.

Anomalja dotyczy przedewszystkiem dolnej szczęki, w której znajduje się 5 siekaczy dobrze rozwiniętych. Kły posiadają 2, nawet prawie 3 guzki. Pomiędzy kłem a 1-ym przedtrzonowcem wyrósł nadliczbowy stożkowaty ząb. W górnej szczęce siekacze mają także kształt stożków, a usunięty lewy górny pierwszy przedtrzonowiec posiadał po 2 kanały w każdym korzeniu.

Str. *S. Zalewska-Biejałowa.*

Dr. Watry (Antwerpja). **Zagrożone zęby.** Le péril Dentaire. La Semaine Dentaire. 1922 — № 35.

Doktór Watry miał odczyt, w którym mówił o coraz więcej rozpowszechniającej się próchnicy zębów. Stan rzeczy jest tem groźniejszy. że coraz liczniejsze rzesze ludzi, nie mających odpowiednich kwalifikacji, praktykują bezprawnie, a władze nie mają mocy temu zapobiec.

Dr. Warty wyłożył treściwie patologję zębów, ilustrując to obrazami na ekranie.

Według jego zdania, przyczyny sprzyjające ruinie zębów, są następujące: 1-o zupełny brak przepisów ustawodawczych dla zapobiegania nielegalnej praktyce dentystycznej, 2-o zupełny brak lub niedostateczność uświadomienia publicznego w dziedzinie hygieny i pielęgnowania zębów. Przesądy, fałszywe teorje, obawy bezzasadne, rozsiewane przez szarlatanów, panują jeszcze powszechnie. Korzystają z tego niefachowcy (technicy). Pewne wysiłki już uczynione zostały w dziedzinie klinik i inspekcji szkolnej, ale jeżeli usiłowania fachowców nie znajdą poparcia w kołach lekarskich i wśród publiczności, nie zrobi się kroku naprzód, szczególniej, jeżeli się nie poprawi obecnego ustawodawstwa w tej mierze, ażeby stało na wysokości zadania.

Str. *Z. Urbańska-Filipowiczowa.*

Otrzymaliśmy pismo tej treści.

„Kilka słów w sprawie mianownictwa anatomicznego".

Bezpośrednim bodźcem, który skłonił mnie do zabrania głosu w tej sprawie jest zamieszczony w Nr. 18 niniejszego pisma artykuł D-ra Wł. v. Hertza p. t. „Zatoka Highmora jej budowa, znaczenie, choroby i leczenie".

A więc przedewszystkiem w sprawie mianownictwa polskiego: pomimo ustalenia jego przez Krakowską Akademję Umiejętności Szanowny autor używa nazw, które jakkolwiek dla starszej generacji lekarzy są całkowicie zrozumiałe, mogą szerzyć jednak zamęt wśród tych wszystkich, którzy nie owładnąwszy dostatecznie jeszcze przedmiotem nie utrwalili w sobie również obowiązującego mianownictwa. W wymienionym artykule otwór zatoki szczękowej nosi nazwę „wejścia do zatoki, otwór podoczołowy — „dziury (!) podoczołowej dół szczęki górnej — „dołu kłowego".

To samo się tyczy mianownictwa łacińskiego. Ogólnie przyjęta Bazylejska Nomenklatura Anatomiczna (B. N. A. 1901) nie przyjmuje nazwy *foramen maxillare* — lecz *hiatus maxillaris*, otwór podoczołowy nosi nazwę *foramen infraorbitale*, „nervus orbitalis (?) znany jest tylko pod nazwą *nervus infraorbitalis.*

Ilość nazw anatomicznych jest tak wielka, iż pomnażać jej nie widzę potrzeby, zwłaszcza, że tworzy się przez to większy lub mniejszy chaos.

Szanowny autor mam nadzieję, nie weźmie mi za złe, iż ośmieliłem się zwrócić mu na uwagę drobne usterki, które nie

tyczą się właściwej treści artykułu i mogły by być z łatwością pominięte przez zastosowanie Słownika lekarskiego.

Sekretarz Towarzystwa Anatomicznego.
Dr. Roman Poplewski.

W odpowiedzi na pismo powyższe muszę zaznaczyć, że korzystałem przy pisaniu swej pracy ze „Słownictwa Anatomicznego" St. Krysińskiego (1898). Istotnie to źródło może być już obecnie przestarzałem. Byłoby mojem zdaniem wielce pożyteczne dla naszego piśmiennictwa fachowego, żeby Szan. Autor tego pisma zechciał podać w „Przeglądzie" nowoczesną nomenklaturę anatomiczną okolic, mających związek ze stomatologją.

Dr. Wł. v. Hertz.

Wiadomości bieżące.

= Nareszcie katedra techniki w Państw. Inst. Dent., została po $1^1/_2$ rocznem wakowaniu obsadzona. Objął ją w charakterze zastępcy profesora Dr. Marjan Żeńczak b. st. asystent pr. Cieszyńskiego ze Lwowa. Przypuszczać więc należy, że w pracowniach oddziału III zamilknie huk młotów i zgrzyt pilników (patrz „Przegl. Dent." № 2 r. 1923 str. 120), a studenci przestaną marnować czas na wprowadzone w okresie braku fachowego kierownictwa roboty ślusarskie, natomiast zabiorą się do tego, co im istotnie w przyszłości na coś się przyda. Nowemu kierownikowi na tej niwie zaległej życzymy powodzenia.

= Dr. Koneczny, b. właściciel szkoły dentystycznej wileńskiej stara się o pozwolenie na szkołę techników. Przypominamy, że pierwotny projekt Państw. Inst. Dent., opracowany przez Stow. Lekarzy Polsk. w r. 1915 przewidywał istnienie takiej szkoły przy Instytucie. Szkoła naszem zdaniem jest potrzebna, ale w żadnym razie nie powinna to być szkoła prywatna.

= Dowiadujemy się o znacznem posunięciu naprzód sprawy przyłączenia Państw. Inst. Dent. do Uniwersytetu. Minist. Oświec, Publ. wypowiedziało się nader przychylnie. Obecnie decyzja zależy *wyłącznie* od Wydziału Lekarskiego. Obawa przeciążenia Wydziału Lekarskiego przez przyłączenie doń dentystyki jest nieuzasadniona ponieważ Min. Ośw. w tym przypadku przewiduje wyodrębnienie farmacji w wydział samodzielny: zarówno farmacja jak i dentystyka zyskałyby na tem, a wydatki skarbu znacznie by się zmniejszyły.

= W związku z podaną w № 17 notatką o projekcie przyjęcia do Państw. Inst. Dent. uczniów prywatnej szkoły wileńskiej, dowiedzieliśmy się paru wielce charakterystycznych szczegółów. Przedewszystkiem Min. Ośw. wypowiedziało się w tej

sprawie, że można by było przyjąć tych tylko, którzy posiadając świadectwa z ukończenia przynajmniej klas 7, są tak zaawansowani w studjach dentystycznych, że obecnością swą nie będą tamowali normalnego biegu prac pedagogicznych. Nie można powstrzymać się od przypomnienia, że od dnia 1 stycznia 1918 r. nawet do szkół prywatnych, istniejących wtedy w Warszawie, nie wolno było przyjmować kandydatów, nie posiadających matury. W tej sprawie wydała ówczesna Dyrekcja Służby Zdrowia Publ. przy Departamencie Spraw Wewnętrznych w grudniu 1917 r. bardzo wyraźne rozporządzenie, przeciwko któremu nie protestowali nawet właściciele szkół prywatnych, uważając je za zupełnie słuszne i zgodne z duchem czasu. Taki był pogląd b. Minist. Zdrowia Publ., które z Dyrekcji Sł. Zdr. P. powstało. Inaczej, widać, na sprawę tę zapatruje się Min. Ośw., jeśli do zakładu naukowego wyższego pozwola wpuszczać ludzi, nieposiadających matury. Nie dziwi nas to zbytnio, gdyż, jak to zaraz zobaczymy, Rada Profesorów Państw. Inst. Dent. poszła w tym kierunku jeszcze dalej. Zdawałoby się, że po otrzymaniu przytoczonego wyjaśnienia Min. Ośw. należało, albo zasłoniwszy się ustawą przyjąć tylko maturzystów, albo zgadzając się z podanym tam poglądem, najpierw zbadać dokumenty kandydatów, potem ich przeegzaminować i wtedy dopiero przyjąć do uczelni na kursy odpowiednie. Wszystko to uczyniono... tylko w odwrotnym porządku. Najpierw bowiem przyjęto dwadzieścia kilka osób na kurs III, (w tej liczbie 3 maturzystów), następnie wyznaczono im egzaminy tylko z przedmiotów wykładanych na kursie II i III (dla czego *tylko* z tych?) i przesłano dokumenty przyjętych już kandydatów do Min. Ośw. w celu ich zbadania. Min. Ośw. zakwalifikowało do przyjęcia (świadectwa z ukończenia klas 7) zaledwie 7 osób — resztę odrzuciło. Po co więc było się śpieszyć z przyjmowaniem, choćby tylko warunkowem. Z pewnością teraz nastąpią wypraszania różnych ulg i ustępstw i w rezultacie nie jest wykluczonem, że zostaną przyjęci do Instytutu ci, co nawet klas siedmiu nie ukończyli.

A teraz każdy może sobie zadać pytanie takie. Skoro w Państ. Inst. Dent. szczególniej na kursach wyższych (klinicznych) panuje straszna ciasnota, w jakim celu Rada Profesorów tak gwałtownie dąży do powiększenia liczby studentów na tych właśnie kursach, że aż nie tylko wbrew ustawie przyjmuje kandydatów, nie posiadających matury, lecz nawet wbrew niezwykle liberalnemu wyjaśnieniu Min. Ośw. wprowadza choćby i warunkowo do uczelni wyższej (?) osoby, które nawet klas 7 nie ukończyły. W ten sposób unicestwia się zdobycze, uzyskane w zakresie studjów dentystycznych z tak wielkim wysiłkiem i trudem.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Dr. W. Bakierowski. Neuralgia trigemini.

Dr. Med. L. Brennejsen. Sur un cas de douleurs reflexes dus à l'irritation de nerf trijumeau après l'éxtraction des racines dentaires.

Dr. St. Serkowski. Appareil pour l'étude des bactéries suspendues dans l'air.

Dr. Med. A. Gruszczyński. L'ideal et la réalité.

ORYGINAL WORKS.

Dr. W. Bakierowski. Neuraligia trigemini.

Dr. Med. L. Brennejsen. A case of reflex pain of the lower extremity resulting of extraction of the teeth roots. (trigeminus reflex).

Dr. St. Serkowski. Apparatus for studying the bacteria suspended in the air.

Dr. Med. A. Gruszczyński. The ideal and the reality.

SPROSTOWANIE.

W niniejszym numerze pomyłkowo oznaczono strony pierwszego arkusza liczbami „298" — „313" zamiast „1" — „16".
